

Travail du Service du Professeur LEREBoullet (Clinique Parrot,
Hospice des Enfants-Assistés)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 828

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Edmond GRUBER

Né le 14 juillet 1914, à Lwow (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 1939

**A propos de deux cas d'Encéphalite
au cours
de la Pneumonie chez l'Enfant**

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GRUBER.**

Prénom : **Edmond.**

Date de la soutenance : 30 septembre 1939.

Numéro d'ordre :

1

GRUBER (Edmond). — A propos de deux cas d'encéphalite au cours de la pneumonie chez l'enfant. — *Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°*)

2

GRUBER (Edmond). — A propos de deux cas d'encéphalite au cours de la pneumonie chez l'enfant. — *Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°*)

3

GRUBER (Edmond). — A propos de deux cas d'encéphalite au cours de la pneumonie chez l'enfant. — *Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°*)

4

GRUBER (Edmond). — A propos de deux cas d'encéphalite au cours de la pneumonie chez l'enfant. — *Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1939, N°*)



Travail du Service du Professeur LEREBoullet (Clinique Parrot,
Hospice des Enfants-Assistés)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Edmond GRUBER

Né le 14 juillet 1914, à Lwow (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 1939

**A propos de deux cas d'Encéphalite
au cours
de la Pneumonie chez l'Enfant**

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY.
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
	QUÉNU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
	N...
Clinique gynécologique	PORTES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	SÉNÈQUE.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance médico-sociale	Glovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET..... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER..... Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)... Physique.
DESOILLE..... Médecine légale.
DIGONNET Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK -BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
DE GENNES... Pathologie médicale.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET... Pathologie médicale.
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHEL..... Physiologie.
SICARD Pathologie chirurgicale
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU..... Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
LAROCHE Guy...		d'ALLAINES	
MOREAU.....		MOULONG UET	
SÉZARY		MOURE	

MM.	
L. CALLE.....	Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Professeur de Clinique d'Hygiène de la Première enfance
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Hommage de profonde reconnaissance.*

A propos de deux cas d'Encéphalite

au cours

de la Pneumonie chez l'Enfant

INTRODUCTION

Nous devons à l'obligeance du Professeur LEREBoullet la communication de deux observations d'encéphalite consécutive à la pneumonie chez l'enfant.

Il nous a conseillé de faire notre thèse à leur sujet en nous basant sur le travail qu'il a consacré à ces deux cas avec MM. Marcel LELONG et J. GUILLEMIN et qui est en cours de publication dans les *Archives de Médecine des Enfants*.

Ces deux cas sont assez différents l'un de l'autre et complètent sur un certain nombre de points les cas antérieurement publiés.

ÉTUDE CLINIQUE

Depuis que les travaux de M. Comby ont attiré l'attention sur les manifestations encéphalitiques qui peuvent survenir au cours des maladies infectieuses, de multiples observations ont été publiées concernant des cas d'encéphalite constatés à l'occasion de l'une ou de l'autre de ces affections.

Parmi celles-ci, le plus grand nombre se rapporte à des encéphalites secondaires, aux maladies éruptives de l'enfant et à l'ensemble des infections à virus dermatrope : bien plus rares sont les observations dans lesquelles l'encéphalite apparaît à la suite d'infections pulmonaires.

Hempelman (1931), sur 38 cas d'encéphalites et d'encéphalomyélites post-infectieuses, signale une seule encéphalite après une pneumonie ; le rapport de Dagnelie et de ses collaborateurs au II^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie (Gand, 1932), consacré à l'étude des encéphalites aiguës de l'enfance, considère seulement la pneumonie comme cause possible d'encéphalite, alors qu'une large part est faite aux autres infections.

L'importante thèse de Mlle Comby (1933), dans le chapitre où sont envisagées les encéphalites post-

pneumoniques et post-broncho-pneumoniques, ne rapporte qu'un nombre restreint d'encéphalites nettement consécutives à une pneumonie et celle de Desmarquet (1935), inspirée par Grenet et étudiant uniquement l'encéphalite de la pneumonie, n'a pu en grouper que huit.

Dans ces dernières années cependant, en France et à l'étranger, de nouveaux cas ont été publiés. La thèse récente de Colsenet (1938), inspirée par Darré, en présente quatre nouveaux exemples ; Bonaba qui, en 1934, avait publié deux cas de cet ordre, avec de Boni et Barberousse (1937), à l'occasion de trois nouveaux cas, fait état de onze observations.

Dans le Service de M. le Professeur Lereboullet, MM. Lelong et Guillemin ont suivi récemment à l'Hospice des Enfants Assistés, un cas particulièrement net d'encéphalite à forme somnolente à la défervescence d'une pneumonie : quelques années auparavant M. le Professeur Lereboullet avait observé un syndrome catatonique dans des circonstances étiologiques analogues. Bien qu'actuellement ces syndromes encéphalitiques ne puissent plus être considérés comme exceptionnels, ces deux faits leur ont paru mériter d'être réunis et commentés, l'un à cause de la netteté et de la persistance du syndrome catatonique constaté, l'autre du fait de certains points particuliers de la symptomatologie et de l'évolution d'une forme somnolente avec parésies.

OBSERVATION I.

L'enfant C... Albert, âgé de 4 ans, entre le 23 novembre 1931, en pavillon d'isolement de l'Hospice des Enfants-Assistés, pour une élévation thermique à 40°, accompagnant une légère angine et un état de malaise général.

Le petit malade a déjà été hospitalisé au mois de septembre précédent pour une primo-infection bacillaire (cuti-réaction positive, ombre ganglio-pulmonaire gauche assez importante à l'examen radiologique). Peu après une varicelle a entraîné son évacuation à l'hôpital Claude-Bernard.

Pendant quelques jours la température reste en plateau à 40°, et l'on assiste à l'évolution d'un foyer pneumonique du sommet droit, manifesté tardivement par un souffle et un foyer de râles perceptibles dans l'aisselle et confirmé par un examen radiographique. Après sept jours de fièvre, la température tombe le 30 novembre achevant de justifier le diagnostic de pneumonie.

Deux jours plus tard, la température remonte à 40°,6 accompagnée d'une poussée délirante, qui se calme, puis reprend à plusieurs reprises pendant 48 heures, sous forme notamment d'hallucinations visuelles. Elle redescend ensuite, mais un syndrome neurologique fait son apparition le 4 décembre.

L'enfant, calme, aux mouvements rares et lents, docile au cours des examens, présente un état catatonique net : il existe en effet une hypertonie diffuse,

peu marquée au repos, et dont témoigne tout au plus un certain aspect figé du faciès, mais qui s'accroît à l'occasion des mouvements passifs, pendant lesquels se manifeste une contracture d'opposition très marquée. On compte également une catalepsie intense, l'enfant gardant pendant de longues minutes les attitudes imposées aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

Le signe de la roue dentée aux membres supérieurs, l'existence de réflexes de posture au biceps, au jambier antérieur et aux muscles du jarret sont constatés : peut-être même existe-t-il un certain degré de tremblement intentionnel.

Par ailleurs, on ne constate aucun symptôme méningé, aucun signe oculaire.

Enfin au point de vue psychique, il existe un état d'obnubilation ; on note une certaine lenteur de l'idéation, l'attention se fixe difficilement et les réponses se font avec un certain retard. Toutefois, l'intelligence semble celle d'un enfant de son âge, la mémoire est satisfaisante, l'affectivité normale.

Une ponction lombaire pratiquée le 10 décembre, montre un liquide clair, de tension normale, sans hyperglycorachie, assez fortement albumineux (1 gr.).

L'état catatonique constaté ici semble bien post-pneumonique, car l'examen complet pratiqué chaque jour au cours de la pneumonie n'avait révélé aucun trouble neurologique pouvant être relié à une encéphalite antérieure de l'enfant.

Quelque temps après (20 décembre), l'enfant a la

rougeole qui se complique de manifestations bronchiques et d'une réaction pleurale à la base droite (la ponction exploratrice ramenant un liquide très légèrement trouble avec culot nettement purulent après centrifugation. Pendant toute la durée de l'évolution, la catatonie persiste sans changement.

Après dix semaines, l'état de l'enfant n'a guère changé. L'état catatonique persiste. Une tendance à l'amélioration permet pourtant de penser qu'il n'est pas absolument incurable. Puis le malade est perdu de vue, si bien que l'évolution ultérieure demeure inconnue.

En résumé. — Un enfant de 4 ans a présenté un état catatonique persistant survenu à la période de convalescence d'une pneumonie du sommet droit.

La deuxième observation communiquée par M. le Professeur Lereboullet avec MM. Lelong et J. Guillemin, se signale par l'absence de séquelles, elle présente d'autre part plusieurs particularités dignes d'intérêt. Il s'agit ici d'une forme somnolente avec parésies, tableau bien connu et dont des observations, maintenant assez nombreuses, ont précisé le tableau clinique.

OBSERVATION II.

L'enfant S... Louise, âgée de 4 ans, entre en pavillon d'isolement de l'Hospice des Enfants-Assistés le 21 octobre 1938, venant du dépôt des enfants secourus.

Rien de notable dans les antécédents. L'enfant est née à terme, à marché à 15 mois. Pas d'autres enfants. Aucun renseignement familial ne peut être obtenu.

L'affection a débuté brusquement au cours de l'après-midi. Alors que la matinée s'était passée normalement, quelque temps après le repas de midi, l'enfant a eu un vomissement et s'est plainte d'un malaise intense.

A son arrivée dans le Service, la température est à 39°1, le pouls à 100. L'enfant est calme et se laisse facilement examiner : on note une congestion marquée de la face et une accélération du rythme respiratoire. L'examen révèle une rhino-pharyngite légère. A ce moment, on ne peut noter à l'examen aucun signe net d'atteinte de l'appareil respiratoire.

Le lendemain matin, après une nuit calme, la température est à 40°1. La malade est légèrement prostrée : la dyspnée s'est accrue notablement. L'examen pulmonaire met en évidence une submatité postérieure à la base et dans la région moyenne. A ce niveau, il existe un foyer de râles fins. Le reste de l'examen est entièrement négatif.

Le jour suivant, la température reste en plateau aux environs de 40°. Le foyer pneumonique est alors évident : matité franche sur la moitié inférieure de l'hémithorax droit en arrière, nombreux râles fins à la fin de l'inspiration, souffle tubaire assez intense. L'état général est satisfaisant, le pouls rapide mais bien frappé, la tension artérielle à 10 1/2-7 1/2. L'en-

tant est un peu prostrée, mais parfaitement consciente. Aucune modification marquée n'est à noter le lendemain, si ce n'est une baisse légère de la température (39°8). Localement, les signes pulmonaires sont identiques.

Le lendemain, cinquième jour de la maladie, le tableau clinique s'aggrave en quelques heures, sans que rien ait pu faire prévoir cette modification. Une somnolence rapidement progressive s'empare de la malade, entrecoupée de périodes d'agitation. Lorsqu'on l'examine, on trouve l'enfant prostrée, ne répondant plus aux questions, mais geignant et se débattant lorsqu'on veut l'examiner. Les réflexes tendineux sont tous très affaiblis, le cutané plantaire est en flexion de deux côtés. L'examen des yeux met en évidence un strabisme interne à droite, les pupilles réagissent paresseusement à la lumière. Enfin, on note un léger signe de Kernig.

La température ne s'est pas élevée, mais reste à 39°. Le pouls par contre est très rapide (120) et un peu irrégulier. On note aussi quelques pauses respiratoires. La tension artérielle est à 9 1/2-7.

Une ponction lombaire aussitôt pratiquée ramène un liquide clair, non hypertendu, contenant : 0 gr. 20 d'albumine, aucun élément, 1 gr. 53 de sucre.

Un examen du sang donne les résultats suivants : urée : 0 gr. 20 ; glycémie, 1 gr. 07.

L'hémoculture est négative.

Les réactions de Bordet-Wassermann et Hecht sont

négatives dans le sang et le liquide céphalorachidien.

On commence aussitôt l'administration de sulfamide (1.162 F, 3 gr. dans les premières 24 h.) et un traitement toni-cardiaque et toni-vasculaire est appliqué.

Le 26 octobre, au matin, la situation s'est très nettement aggravée. L'enfant est profondément somnolente et réagit à peine au moment de l'examen. Elle est inerte et les membres soulevés retombent lourdement, mais la motilité volontaire n'est pas disparue, la malade fait quelques mouvements de temps à autre. Les réflexes tendineux paraissent abolis aux quatre membres. On note de façon transitoire un signe de Babinski bi-latéral que l'on ne retrouvera plus par la suite. Il est difficile, étant donné la prostration, de juger de l'état de la sensibilité. Il ne semble pas exister de gros troubles, en tout cas pas d'hyperesthésie. Le strabisme interne persiste du côté droit. Les deux pupilles sont punctiformes et réagissent à peine à la lumière.

Il n'existe aucun trouble sphinctérien.

On ne note plus aucun signe méningé.

Le foyer pulmonaire est moins net, la matité surtout moins franche.

Dans la matinée, la température est descendue à 37°, 6. Le pouls s'est ralenti (90). Il n'existe plus de troubles du pouls ni de la respiration.

L'état de la malade persiste sans aucun changement sensible jusqu'au lendemain soir, 27 octobre. Dans

la matinée de ce jour, la somnolence est aussi profonde, les parésies aussi accentuées. Aucun symptôme nouveau n'est apparu : ceux qui existaient, le strabisme en particulier, ne sont pas modifiés.

Au point de vue pulmonaire, le foyer s'efface nettement. Il n'existe plus qu'une submatité légère, le souffle a disparu, mais on entend encore de nombreux râles fins. Enfin, la température après sa chute dans la nuit du 25 au 26, reste aux environs de 37°.

Lorsqu'on revoit la malade le soir même, on a une impression de gravité extrême basée sur la prostration intense de l'enfant qui ne réagit presque plus à aucune excitation, sur l'inertie totale, sur l'existence d'une pâleur extrême de la face, sur les pauses de la respiration qui sont fréquentes et les irrégularités du pouls (100 bien que la température soit à 37° 1). L'administration de toni-cardiaques est renforcée. Depuis le deuxième jour la malade reçoit 3 gr. par 24 heures de 693 (p-aminobenzène-sulfamidopyridine), que l'on a substitué au 1.162 F.

Le lendemain (28 octobre, 8^e jour de la maladie, 4^e jour après l'apparition des signes encéphalitiques), une amélioration considérable s'est produite : la somnolence a beaucoup diminué, l'hypotonie est moins considérable. Les réflexes sont encore abolis : mais l'enfant semble mouvoir les membres assez facilement et dit quelques mots : on peut l'alimenter légèrement.

Cette amélioration s'accroît rapidement : le 29 octobre l'enfant est consciente : la somnolence a presque entièrement disparu. Il n'existe plus d'hypo-

tonie : les réflexes, faibles encore, sont cependant présents. Le strabisme interne de l'œil droit n'existe plus.

A l'examen des poumons on trouve encore un certain degré de submatité à la base droite, avec quelques râles qui persistent encore plusieurs jours. La température est au-dessus de 37°.

Le 30, on ne trouve plus aucun trouble. L'enfant parle, joue dans son lit et s'alimente. Aucune séquelle nerveuse ou psychique ne peut-être notée. Cet état persiste trois mois après, date à laquelle l'enfant est revue en état de santé parfaite.

En résumé : une enfant de 4 ans a présenté au cinquième jour de l'évolution d'une pneumonie des manifestations encéphalitiques qui ont persisté 4 jours et qui ont été caractérisées par un état de somnolence profonde avec parésies très accentuées des quatre membres.

La guérison est survenue avec une grande rapidité sans qu'ait persisté aucune sorte de séquelle.

REMARQUES A PROPOS DE CES OBSERVATIONS

Des deux observations que nous venons de rapporter, dans la première, le syndrome encéphalitique a été avant tout caractérisé par un état catatonique fort net qui a persisté depuis, tout au moins pendant le temps où il a été possible de suivre le malade.

Sans doute dans plusieurs observations publiées jusqu'ici, on a noté un état d'hypertonie musculaire caractérisée par la contracture plus ou moins importante des membres.

En particulier dans les observations de Bonaba de Boni et Barberousse, celle de Mme Anfossi et enfin la thèse récente de Colşenet (1938).

Le point particulier de l'observation rapportée ici est l'existence d'un véritable syndrome catatonique caractérisé par le négativisme (contracture d'opposition), la catalepsie et les troubles psychiques (obnubilation).

Quant à l'évolution, à la persistance du syndrome catatonique, elles ne sauraient surprendre, car on sait malheureusement la possibilité de séquelles d'un ordre quelconque après les différentes encéphalites des maladies infectieuses.

C'est par contre par l'absence de séquelles que se caractérise la seconde observation, qui présentée d'autre part, au cours de son évolution, plusieurs particularités dignes d'intérêt.

Il est à souligner l'absence d'une reprise thermique au début des accidents, un crochet à 40° ou 41° étant presque constant. Un autre point particulier à noter est le taux élevé de la glycorachie.

Dans les encéphalites de la pneumonie, l'étude du liquide céphalo-rachidien a montré d'ordinaire fort peu de modifications : généralement, il est normal, clair, limpide, non hypertendu. Parfois on peut noter une légère augmentation du taux de l'albumine, parfois une faible réaction cellulaire, 3 à 20 éléments, lorsqu'il existe une réaction méningée : modifications peu spécifiques.

Quand il existe une hyperglycorachie, on trouve en général des chiffres modérés : 0,47 et 0,58 dans deux observations de Grenet et Isaac-Georges : 0,60, 0,70, 0,85‰ dans la thèse de Colsenet. Dans l'observation communiquée par M. le Professeur Lereboullet avec MM. Marcel Lelong et J. Guillemin, le chiffre est bien supérieur.

Des variations aussi importantes de la glycorachie sont connues dans nombre d'états pathologiques. On a vu le chiffre s'élever à 1 gr. dans des pneumonies banales. Aussi l'hyperglycorachie constatée dans cette observation peut être considérée comme une réaction relativement banale, malgré son taux important et malgré l'absence d'hyperglycémie.

Le diagnostic de l'encéphalite au cours d'une pneumonie est souvent difficile. Le cas rapporté par Grenet et Isaac-Georges en témoigne.

Dans leur cas les manifestations encéphalitiques étaient les premières en date, avant celles de la pneumonie.

D'autre part, des difficultés apparaissent lorsqu'il y a à distinguer entre « pneumonie cérébrale » décrite depuis Rilliet et Comby et encéphalite pneumonique. En effet, comme le pense Mlle Comby, ne doivent être considérés comme encéphalite pneumonique que les cas bien accentués dans lesquels le tableau clinique, en raison de la gravité, de la persistance des symptômes observés, permet de soulever l'hypothèse d'une atteinte nerveuse plus profonde : les accidents convulsifs, ou délirants, les syndromes méningés, si souvent observés au cours des pneumonies de l'enfant, par leur caractère transitoire, ne peuvent être rattachés qu'à une atteinte superficielle méningo-corticale.

Mouriquand, Bernheim et Boucomont ont également insisté sur les mêmes distinctions.

Le cas observé par M. le Professeur Lereboullet ne pouvait pas être discuté. L'antécédent pneumonique, la gravité du tableau clinique, ne permettaient aucun doute sur la nature des manifestations.

Cependant, comme le fait remarquer Mlle Comby, on peut observer des formes intermédiaires qui peuvent, selon l'intensité des symptômes, être rattachées, soit à la pneumonie cérébrale, soit à l'encéphalite pneumonique.

Parmi les cas antérieurement publiés, on peut rapprocher de l'observation rapportée par M. le Professeur Lereboullet l'un de ceux réunis par Grenet et Isaac-Georges : Encéphalite à forme somnolente avec parésie, mais survenue au début, précédant les signes pulmonaires : l'absence de séquelles étaient également notée. Dans le cas de Bernhein et Bonnefoy, il s'agissait, comme dans l'observation rapportée ici, d'une encéphalite de la défervescence avec somnolence et parésie. Mais le début avait été marqué par une reprise thermique passagère. De plus on notait des accès de contractures sous l'influence d'agents extérieurs. Enfin, le liquide céphalo-rachidien était normal. L'encéphalite avait guéri en cinq jours, également sans séquelles.

Cette observation était présentée comme le type de l'encéphalite aiguë post-pneumonique curable, intermédiaire entre la poussée encéphalitique légère et fugace et l'encéphalite d'évolution mortelle ou guérissant avec séquelles motrices ou psychiques.

Un autre cas rapporté par Mme C. Anfossi était caractérisé également par l'état de somnolence, mais qui s'accompagnait d'une hypertonie musculaire généralisée, plus marquée aux membres inférieurs, sans signes méningés, avec exagération de tous les réflexes tendineux, coïncidant avec un état de myasthénie profond. Un ptosis bilatéral, une parésie faciale droite accompagnaient ces manifestations qui disparurent totalement en quelques jours.

Dans la thèse de Colsenet, on trouve également une

observation d'encéphalite à forme somnolente, mais éloignée de celle qui a été rapportée par M. le Professeur Lereboullet par de nombreux points : la prostration datait du début de la pneumonie : le début de l'encéphalite avait été marqué par une ascension thermique, des contractures avec attitude particulière. L'évolution avait été fatale, la mort étant survenue dans le coma en état d'hyperthermie au bout de neuf jours.

L'évolution, chez le malade de M. le Professeur Lereboullet, a été rapidement favorable.

Cette éventualité correspond à la majorité des cas selon Bonabade Boni et Barberousse. L'évolution de ces encéphalites est au surplus absolument imprévisible.

D'une façon générale, les formes où existe un état de mal épileptique sont ici les plus graves : les formes somnolentes semblent guérir assez facilement et les formes paralytiques rester stationnaires pendant plus longtemps et laissent plus souvent des séquelles. Mais cela n'a rien d'absolu.

Quant aux séquelles, elles peuvent survenir longtemps après une guérison apparente, d'où l'importance de garder les malades en observation et de réserver le pronostic pendant plusieurs mois.

Peut-être sont-elles plus fréquentes après les formes convulsives ou paralytiques. Des crises épileptiques ou des équivalents (absences, fugues) sont le plus souvent observés. Dans des cas moins fréquents, persiste une séquelle de paralysie : contracture (Mouri-

quand, Bernheim, Boucomont), atrophie (Nové-Josserand), tremblement (Grenet), dysarthrie ou strabisme. On a signalé des troubles métaboliques tels qu'une obésité progressive (Grenet, Isaac-Georges et Desmarquet). Quant aux troubles psychiques, ils seraient fréquents et d'autant plus graves qu'ils atteignent des sujets jeunes.

L'enfant dont nous avons rapporté l'observation avait été revue 3 mois après l'évolution de l'encéphalite ; rien d'anormal n'a été noté à ce moment et, étant donné ce laps de temps déjà important, on peut espérer que l'encéphalite n'a laissé aucune trace.

Nous n'avons pas grandes remarques à faire au sujet du traitement. Il a consisté jusqu'ici en une thérapeutique anti-infectieuse générale.

Dans le second cas que nous publions, MM. Lelong et Guillemin ont eu recours aux dérivés sulfamidés administrés par voie buccale. Cette médication a été parfaitement tolérée, mais il est difficile de formuler une opinion sur son action, étant donné l'évolution si variable et imprévisible des encéphalites au cours des maladies infectieuses. Ainsi, bien que la guérison ait été rapide et totale et malgré l'impression de gravité extrême donnée par l'aspect clinique à certains moments de l'évolution, doit-on s'abstenir de conclure quant à son efficacité dans ces cas d'encéphalite de la pneumonie.

CONCLUSIONS

I. — La pneumonie n'est que rarement suivie de manifestations qu'on peut qualifier d'encéphalite. Il en est toutefois actuellement un assez grand nombre de faits publiés pour qu'on puisse affirmer qu'elle n'échappe pas à la loi générale d'après laquelle la plupart des maladies infectieuses aiguës de l'enfant peuvent être accompagnées de manifestations encéphalitiques.

II. — Dans le premier fait que nous avons rapporté, la pneumonie paraît avoir provoqué un syndrome catatonique très net qui a survécu à la maladie : un tel fait paraît exceptionnel.

III. — Dans le second cas il y a eu somnolence et parésies comme dans nombre d'autres cas et c'est la guérison complète sans traces ultérieures de l'encéphalite qui est ici remarquable.

IV. — Le traitement de ces encéphalites post-pneumoniques ne comporte pas de particularités très spéciales.

La thérapeutique par les dérivés sulfamidés trouvera peut-être à l'avenir quelques indications encore qu'il soit très difficile dès maintenant de préjuger de son action dans de tels cas.

Vu : le Président de la thèse
LEREBOULLET.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

73. — Imp. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (n° 31.0939). — 9-1945
